



SCHEDA ANAGRAFICA

DA COMPILARE IN STAMPATELLO

COGNOME: _____

NOME: _____

SESSO

FEMMINA

MASCHIO

DATA DI NASCITA

____/____/____

LUOGO DI NASCITA:

comune

provincia

CODICE FISCALE: _____

RESIDENZA:

indirizzo

città

CAP

TELEFONO: _____

ACQUISTATO PRESSO: _____

MODALITÀ RISPOSTA

POSTA ORDINARIA

POSTA ELETTRONICA

MAIL:*

* Obbligatoria per ricevere il risultato tramite posta elettronica

CENNI DI ANAMNESI PERSONALE

PESO: _____

ALTEZZA: _____

DESCRIZIONE DI PARTICOLARI PROBLEMATICHE

DISTURBI, PATOLOGIE PREGRESSE O IN ATTO, ALLERGIE

In premessa le confermiamo che lei ha acquistato presso questo esercizio un kit (certificato CE) destinato a raccogliere un campione di saliva che dovrà inviare, successivamente, per essere processato, al **Laboratorio di Genetica** autorizzato **ALTAMEDICA**. Il kit che le è stato consegnato non è un test ma solo il necessario per eseguire l'auto prelievo. Come per tutti i test genetici, una volta che il campione giunge al laboratorio, la normativa nazionale prevede che si richieda, per l'esecuzione del test, la sottoscrizione di un adeguato consenso informato che riportiamo di seguito e che dovrà leggere attentamente, comprendere e sottoscrivere.

1) Gli esami genetici che verranno eseguiti andranno a valutare esclusivamente quelle mutazioni chiamate "polimorfismi di suscettibilità" che sono riconosciuti essere tra quelli ritenuti oggi responsabili degli errori del metabolismo e di patologie legate ad intolleranze alimentari. Valuta inoltre gli errori genetici di metabolismi minerali e vitaminici. Esplora inoltre le caratteristiche costituzionali di resistenza e attitudine allo sport. Tiene inoltre conto della predisposizione genetica ad alcune patologie cardiovascolari e degenerative.

2) Dobbiamo informare che esistono, comunque, altre numerose mutazioni genetiche, oltre quelle studiate, che possono egualmente influenzare il metabolismo. La loro numerosità e la loro varietà è così complessa che non può essere compresa in un test genetico di questo tipo ma, al bisogno, il suo medico curante che esaminerà le sue mutazioni potrà richiedere approfondimenti che lei sarà libero di eseguire.

3) L'interpretazione strettamente genetica del test è riservata esclusivamente ai sanitari. La esortiamo a non cercare interpretazioni in autonomia o consultando il web.

4) Per questi test, come per tutti i test genetici anche più complessi, è prevista una consulenza genetica che lei potrà richiedere al centro Altamedica allorché non comprendesse perfettamente quanto riportato nel presente consenso informato.

5) Il risultato dei test genetici deve essere interpretato solo dal medico specialista pertanto, ciò che le verrà fornito nella risposta, è solo una valutazione tecnica della problematica comprensibile solo ai medici.

6) Acclusa ai risultati del genotipo verrà riportata una lista di alimenti **consigliati, tollerati o sconsigliati**, basata sulle attuali conoscenze scientifiche ma impostata esclusiva-

mente sugli esiti dei soli polimorfismi studiati.

7) Trattandosi di uno studio mirato (mutazioni specifiche) questo non è in grado di valutare nella sua complessità la situazione clinica.

8) Per quanto tali test siano assolutamente validi ed affidabili si ribadisce che, **solo il medico curante può inserirli nella valutazione del suo comportamento alimentare, fisico e rischio per alcune patologie cardiovascolari e degenerative**. Questo infatti può differire, caso per caso e soggetto per soggetto, in base allo stato clinico generale.

9) Si ribadisce ancora una volta che la lista degli alimenti consigliati, tollerati e sconsigliati, si riferisce esclusivamente alle risultanze degli esami genetici qui praticati. **Non deve essere mai ritenuta una dieta ma solo un'indicazione nutrizionale**. Così come è solo indicativa l'attitudine all'attività sportiva e all'indicazione dei rischi legati all'età. Solo il medico curante potrà poi stabilire con certezza i comportamenti da seguire sulla base delle valutazioni cliniche generali del suo stato anamnestico e di salute.

In conclusione dichiaro di aver ben compreso il significato del presente consenso informato e lo sottoscrivo conscio/a del fatto che l'istituto, prima dell'esecuzione del test, è disponibile, su mia richiesta telefonica, a fornire ulteriore consulenza genetica, allorché rimanessero dubbi alla sua interpretazione.

FIRMA PER PRESA VISIONE

AUTORIZZO NON AUTORIZZO

a lasciare a disposizione on line il referto, oltre i 45 giorni previsti dalle Linee Guida in tema di referti on line - 19 novembre 2009 (G.U. n. 288 dell'11 dicembre 2009).

FIRMA

AUTORIZZO NON AUTORIZZO

ad inserirli nella newsletter ALTAMEDICA per ricevere informazioni sui servizi erogati dalla struttura. L'informativa completa è disponibile su www.genefood.it/privacy

FIRMA